

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

160

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel VALDÈS

Né le 16 Octobre 1928 à BOIS-COLOMBES (Seine)

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ALCOOLISME LEGAL

Président : Monsieur PIEDELIEVRE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

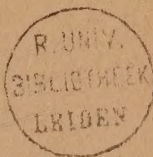
par

Michel VALDÈS

né le 16 octobre 1928 à Bois-Colombes
(Seine)

--

Présentée et soutenue publiquement
le



--

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ALCOOLISME LEGAL.

--

Président : Monsieur PIEDELIEVRE (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel-Dieu
	Salpêtrière
	Cochin
	Beaujon
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop.	FÈVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	BARIETY
	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY
	RADOT
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL
	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J. DUPERRAT TUCHMANN COUJARD N. CORNET BOYER DEPARIS BASTIN DEROBER GAULTIER HADENGUE DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY BREGAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO BRUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX
Ana.Path.	
Bactério- logie	
Biol. Méd.	
Chimie méd.	
Dermato-syph.	
Embryologie	
Histologie	
Hydrologie	
Hygiène	
Mal.infect.	
Médecine)	
légale et	
du Trav.)	
Neurochir.	
Neurologie	
Obstétrique	
Ophtal- mologie)	
Orthopédie	
Oto-rhino- laryngol.)	
Parasito.	
Parasito.col.	
Pat. chir.	

MM.

Pat. chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLIEUX THOMERET VERNE (J.M.) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH Melle LEVY BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS BARUK PICHOT
Pat.expéri- ment.	
Path.Med.	
Pédiatrie	
Pharmacol.	
Physiol.	
Physique)	
Médicale)	
Pneumo-phtis.	
Psychiatrie	

	MM.		MM.
Psych.infant.	N...	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE
Stomato.	{ CHAPUT Mme		
	{ CERNEA		

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	N...
	{ HUGUIER		{ DREYFUS
Clin.Chir.	{ LEGER	Clinique Méd.	{ HAGUENAU
	{ PADOVANI		{ KOURILSKY
	{ ROUX		
Clinique)	{ ECALLE		
obstét.)	{ MAYER		
Clin.opht.	OFFRET		

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires { Melles DUMAITRE
LE NOIR
LAURENT
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs
et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

Meis et Amicis.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE

Professeur de la chaire de Médecine
Légale à la Faculté de Médecine de
Paris

Membre de l'Académie Nationale de
Médecine

Président de l'Ordre National des
Médecins

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
gratitude.

A mes Maîtres,

qui ont bien voulu me faire
profiter de leur expérience
et de leur savoir.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ALCOOLISME LEGAL

- : -

INTRODUCTION

--

Deux ordres de faits ont évolué parallèlement ces dernières années, pour aboutir à leur union, d'ailleurs déjà connue depuis longtemps :

- d'une part, les ravages de l'alcoolisme en France ;
- d'autre part, le nombre toujours croissant des accidents de la circulation.

En effet, dans la responsabilité de ces accidents qui causent chaque année un nombre élevé de blessures graves et de morts, on a pu constater que l'alcoolisme occupait une place importante.

Enfin, l'alcoolisme n'est pas étranger aux accidents du travail et à la pathologie spontanée, aussi la Sécurité Sociale compte-t-elle un lourd fardeau annuel représenté par le traitement des traumatismes, des cirrhoses, des psychoses alcooliques, sans compter la morbidité certainement accrue chez l'éthylique chronique, en dehors même des effets directs de l'intoxication.

Le corps médical a lutté, et lutte encore, pour obtenir une législation en rapport avec ce double fléau.

Partant des données quasi-expérimentales fournies par les années de guerre où la raré-

faction des boissons alcoolisées, leur réglementation, avaient abouti à une chute à la verticale de la pathologie éthylique, sous ses formes majeures de cirrhose du foie et de psychoses aiguës, les membres de l'Académie de Médecine, les Commissaires habilités, ont exprimé des vœux, publié des rapports, apporté des preuves, qui ont abouti à la promulgation du décret du 10 Juillet 1954 et de celui du 18 Juin 1955, comportant la recherche de l'état d'ébriété chez un responsable d'accident grave de la circulation.

Il a fallu fixer des taux d'alcoolémie à partir desquels le sujet chez qui le sang avait été prélevé pouvait être considéré comme sous l'action de l'alcool : circonstance aggravante dans l'estimation médico-légale de sa responsabilité, et à prendre en considération pour des sanctions plus ou moins prolongées, le retrait du permis de conduire, par exemple.

Ces dosages d'alcool dans le sang sont d'ailleurs étendus aux accidents du travail et à certains incidents relevant de la police. Les taux fixés reflètent un état biochimique particulier susceptible d'accompagner des états cliniques fort divers.

Autrement dit, à une alcoolémie donnée ne correspond pas nécessairement un état d'ébriété ou de sobriété certain, il ne faut donc pas omettre d'ajouter aux données du laboratoire les renseignements tirés de l'examen clinique, car certains sujets continuent à se comporter normalement avec des taux alcoolémiques élevés, tandis qu'inversement un taux théoriquement bas peut engendrer des troubles du comportement. Des facteurs physio-pathologiques individuels jouent ici, de même que des facteurs métaboliques variables d'un sujet à l'autre, et sans doute aussi d'un moment à l'autre pour un seul et même sujet.

Ajoutons que si la législation actuellement en vigueur ne peut être considérée que comme un début, elle constitue déjà un grand progrès réalisé dans la prévention et la sanction des accidents et aussi sans doute dans la lutte contre l'alcoolisme, car le retrait du permis de conduire chez un chauffeur professionnel a des conséquences économiques et sociales des plus graves pour celui qui en a fait l'objet.

°°°

Le problème des rapports entre alcoolisme et accidents a été envisagé dans les différents pays du monde. C'est le moment de rappeler ici les travaux de la lère Conférence Internationale sur l'Alcool et la Route (Stockholm, 1950).

Les statistiques échangées ont montré les fréquences suivantes :

- 62 % des accidents surviennent sous l'influence de l'alcool aux U.S.A. (Heix)
dont 54 % dans l'Etat d'Ohio (Gerker).
- 47 % dans l'Etat du Michigan (Léonard).
- 46 % à Chicago (Friedmann).
- 41 % en Suède (Herdsmaarch).
- 40 % à Copenhague (Andresch).
- 38 % en Suisse (Schwartz).

Nous aurons sans doute à invoquer, à titre de comparaison, la législation belge, des décisions prises en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis. C'est cependant la question vue sous l'angle national, français, que nous étudierons ici, car nos spécialistes, DEROBERT, PIEDELIEVRE, TRUFFERT, DUBLINEAU, HINGLAIS, LECOQ, ROUVILLOIS, SIMONIN, font vraiment autorité dans leurs domaines respectifs, qui vont de la médecine légale à la biologie, de la neuro-psychiatrie aux recher-

ches sur la nutrition et le métabolisme, en passant par la chimie biologique.

°°°

Notre modeste travail a pour but de réunir les données actuelles du problème que nous appellerons "l'alcoolisme légal", c'est-à-dire les bases et la valeur de l'appréciation médico-légale de l'alcoolémie trouvée chez le responsable, voire la victime, d'un accident. Les rapports entre les chiffres trouvés au laboratoire par l'expertise médico-légale objective, et l'état anatomo-clinique et surtout fonctionnel du sujet au moment où ces chiffres biologiques ont été établis, nous semblent d'ailleurs déborder du cadre strict de l'alcoolisme responsable en médecine légale. Ils viennent s'inscrire dans une évolution plus vaste des conceptions médicales, qui font une place toujours croissante à la physio-pathologie, au fonctionnel en limitant la portée, la signification, de l'organique, du lésionnel.

Il faut donc mettre en regard des taux alcoolémiques trouvés le comportement du sujet, et en même temps insérer ces deux ordres de notions dans le contexte clinique et surtout les anamnétiques. Une récente communication de LECOQ, CHAUCHARD et MAZOUÉ résume toute cette relativité de l'alcoolisme responsable d'accidents :

"La chronaximétrie montre que les taux d'éthylémie n'ont pas la même valeur chez les grands consommateurs habituels que chez les individus non accoutumés".

Ainsi, la gravité même de l'éthylisme, les conditions métaboliques présentes au moment du dosage, et tant de facteurs plus ou moins

connus ou inconnus, prévisibles ou imprévisibles vont donner aux chiffres des significations changeantes.

°°°

Ceci dit, et nous y reviendrons, insistons une fois encore sur les progrès réalisés dans la législation au cours de ces dix dernières années, mais nous ne voulons considérer les lois récentes que comme un début et non pas comme une conclusion. Il reste encore beaucoup à faire pour venir à bout de l'alcoolisme des conducteurs, pour arriver comme de nombreux pays voisins ayant pris depuis des années des mesures anti-alcooliques, à en avoir une quasi-disparition.

Nous avons adopté le plan de travail suivant:

- nous rechercherons d'abord la responsabilité de l'alcoolisme en médecine légale, dans les accidents de la circulation, dans les accidents du travail, et aussi dans les faits de violence, disputes, rixes, exécutés sous l'empire de l'ivresse ; nous verrons comment la recherche de l'alcoolémie s'est montrée positive et avec quelle fréquence ;
- nous rappellerons ensuite rapidement le mécanisme du métabolisme de l'alcool éthylique dont la dégradation et l'élimination dans l'organisme peuvent se modifier et donner naissance à des quantités variables de produits intermédiaires toxiques responsables de l'ébriété ;
- nous verrons ensuite les techniques utilisées dans le dosage de l'alcoolémie ;
- nous chercherons alors à confronter ce que nous appellerons "alcoolisme biochimique" et

"alcoolisme clinique".

- Enfin, et en manière de conclusion, nous suivrons l'évolution de la législation française ces dernières années, pour aboutir aux lois et décrets actuellement en vigueur, réalisant déjà dans ce domaine un certain progrès.

-:-

- II -

LA RESPONSABILITE DE L'ALCOOLISME
EN MEDECINE LEGALE

-:-

On a généralement tendance à ne considérer en médecine légale, que la responsabilité de l'alcoolisme aigu, qui prive sa victime du contrôle efficace de ses actes, gestes, pensées et décisions.

En réalité, un alcoolique chronique imprégné, et ne donnant pas une impression d'ébriété, peut cependant par son indécision, sa lenteur de réflexes, être responsable d'accidents.

Mais n'empiétons pas sur cet aspect du problème qui sera repris plus loin, et voyons comment on peut apprécier la responsabilité de l'alcool dans les accidents de la circulation.

Au siècle dernier, cette responsabilité commençait à être mise en évidence et à faire l'objet d'une thèse : PERONNE, en 1870, traitait "De l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme", et s'il pouvait dire que "c'était là un sujet neuf", il lui était déjà permis d'attribuer à l'excès des spiritueux "la moitié des morts accidentelles de l'âge 20 à 25 ans".

Bien que l'ère du cheval-moteur et de nos actuels accidents de la circulation fût encore éloignée de lui, n'écrivait-il pas ces lignes toujours vérifiées aujourd'hui :

"C'est l'heure de la jactance, des défis les plus insensés ; l'un veut faire parade de sa force, l'autre de son adresse, et trop souvent un malheur résulte de ces folles prétentions. Cela n'a rien d'étonnant si l'on songe que les facultés locomotrices subissent des troubles parallèles à ceux de l'intelligence : déjà l'aptitude de l'individu à se protéger est en raison inverse de sa témérité.

Il est remarquable en effet, que c'est dans les professions qui exposent le plus aux accidents qu'on rencontre le plus souvent les habitudes d'ivrognerie : c'est dans ces conditions que nous verrons le cocher précipité de son siège, le charretier foulé aux pieds des chevaux ou écrasé sous les roues de la voiture qu'il conduit. On sait de plus que, dans la corporation, le Dieu des Vendanges est l'objet d'un culte pieux, et si l'on ne peut affirmer que les cochers ont inventé le pourboire, il est au moins permis de dire qu'ils interprètent ordinairement ce mot dans son sens le plus littéral".

De 1904 à 1914, l'importance de l'alcoolisme va croissant et l'on se souvient des méfaits de l'absinthe ; aucune mesure législative n'intervint alors pour juguler une alcoolisation sans cesse accrue.

Il faut arriver en 1943, où l'Armée met en vigueur en Afrique du Nord le prélèvement obligatoire de sang pour dosage d'alcool chez tout sujet responsable d'un accident ayant provoqué la mort ou des blessures. L'application de cette mesure devait montrer que de nombreux accidents étaient en effet causés par des conducteurs intoxiqués à des degrés divers par l'alcool. Cette mesure fut étendue à l'armée métropolitaine en 1946.

Elle existait déjà à l'étranger, et en particulier aux Etats-Unis, où l'on appliquait

le barème de HARGER :

- au-dessous de 0,5 g d'alcool pour 1000 cc de sang, aucun risque d'ébriété ;

- de 0,5 g pour 1000 cc à 1,5 g d'alcool, l'état d'ébriété est douteux ;

- au-dessus de 1,5 g pour 1000 cc de sang, la dose d'alcool trouvée est "illégale".

Voilà donc l'alcoolisme légal certain(en Belgique).

CASIER et DELANNOIS, en France, collationnant leurs observations et les recherches d'autres auteurs, avaient écrit en 1947 :

- entre 0 g et 0,5 g d'alcool pour 1000 cc l'effet de l'alcool est presque nul, sauf chez des sujets hypersensibles ;

- entre 0,5 g et 1 g, la majorité des sujets ne présente pas de symptômes cliniques nets ;

- vers 1 g et 1,5 g apparaissent chez la majorité des sujets de petits signes d'ébriété, l'ivresse apparaissant dans 70 % des cas ;

- entre 1,5 g et 2 g pour 1000 cc de sang, la proportion des ébriétés apparentes est de 82,5 %, elle est de 92,3 % avec une alcoolémie entre 2 g et 2,5 g et de 95 % ou plus lorsque l'alcoolémie dépasse 2,5 g.

FIESSENGER donne des chiffres analogues :

- effet nul lorsque l'alcoolémie est inférieure à 0,5 g ;

- possibilités de troubles du comportement entre 0,5 et 2 g avec nécessité, outre le dosage, de recourir à un examen clinique ou des épreuves psychotechniques ;

- les troubles du comportement sont évidents au-dessus de 2 g.

COLIN et PERONNET ont réuni 511 observations d'accidents d'automobile dans l'Armée avec détermination de l'alcoolémie : en trois ans 407 responsables d'accidents ont présenté une alcoolémie inférieure à 0,5 g pour 1000 cc de sang,

35 fois, on a trouvé un taux entre 0,5 et 1 g (7 % des cas) ;

25 fois un taux entre 1,5 et 2 g (5 % des cas) ;

30 fois entre 1 g et 1,5 g (6 % des cas) ;

14 fois plus de 2 g (3 %).

Autrement dit, l'alcoolisme peut être exclu comme responsable de l'accident dans 79 % des cas ; dans 3 % des cas il est certainement en cause, et dans 18 % des cas son rôle est discutable.

A la détermination de l'alcoolémie il faut dans ces cas adjoindre l'examen clinique et les épreuves psychotechniques au moment même de l'accident, ce qui soulève évidemment des difficultés d'application pratique.

En 1951, MM. ROUVILLOIS et DEROBERT soulignaient déjà l'importance de l'état d'ivresse parmi les facteurs des accidents de la circulation ; la carence législative, disaient ces auteurs, ne permet pas de connaître la proportion des automobilistes ayant provoqué des accidents sous l'influence de la boisson. Mais les autopsies judiciaires précoces de piétons, de cyclistes et motocyclistes, de conducteurs, ont montré qu'à Paris 57 % de ces victimes sont dans un état anormal dû à l'ingestion trop abondante de boissons alcoolisées, dont 40 % en état d'ivresse.

BESSON et REDON ont publié en 1953 une

étude de l'imprégnation éthylique chez cent blessés admis dans un service de chirurgie. Ces auteurs - l'étude est antérieure à la législation - fixent à 1 g par litre de sang le chiffre limite au-delà duquel le sujet est manifestement sous l'influence de l'alcool. Sur 100 dosages on trouve dans cette statistique:

68 blessés avaient un taux d'alcool inférieur à 1 g/litre ;

32 avaient un taux supérieur à 1 g /litre, se répartissant comme suit :

10 fois l'alcoolémie variait entre 1 g et 1,5 g ;

12 fois l'alcoolémie a été de 1,5 g à 2 g ;

10 fois enfin l'alcoolémie a été entre 2 et 3 g/litre .

KULMANN et ses collaborateurs ont donné en 1955 les résultats de la recherche de l'alcoolémie chez 521 accidentés, dont 274 de la circulation. Deux tiers de ces derniers avaient une alcoolémie positive. Ces auteurs ont considéré comme particulièrement néfaste en matière d'accidents de la circulation "les petites alcoolémies épisodiques".

L'analyse chronologique et symptomatique des accidents de la route en fonction des examens et de la recherche de l'alcoolémie a montré à LEROY que dans plus de 80 % des accidentés, l'alcoolémie révélait un état d'intoxication très marquée, avec dans 20 % de ces cas un taux supérieur à 3 g d'alcool absolu par litre de sang.

Chez les accidentés étudiés par RABOURDIN, on trouve :

10 % des 157 sujets avaient une alcoolémie inférieure à 0,50 g.

7 % avaient une alcoolémie entre 0,50 et 1 g ;

10 % avaient une alcoolémie entre 1 g et 1,50 g ;

73 % enfin, une alcoolémie supérieure à 1,50 g, avec plus de la moitié des sujets ayant une alcoolémie égale ou supérieure à 2 g/litre.

On peut donc dire que l'alcool pris en excès a été ici responsable de 75 % des accidents.

DELIE a fait porter ses recherches sur 147 accidentés dont 97 de la route ; 7 n'avaient pas d'alcool dans le sang, 33 une alcoolémie inférieure à 1 g/litre.

MULLER, sur 512 affaires suivies dans le Nord entre 1955 et 1957 a constaté que, dans plus de 50 % des cas, l'alcoolémie dépassait 2 g par litre, deux heures après l'accident. Ce taux était en effet constaté chez 67,3 % des sujets étudiés dans le Pas-de-Calais et chez 54 % des sujets étudiés dans le Nord.

Sur 223 expertises pratiquées de Janvier à août 1955 par PERRIN de Nantes, et concernant 193 accidents et 6 crimes et délits, les alcoolémies ont été de 1,50 à 2,50 g dans 43 % des cas, et supérieure à 2,50 g dans 29 % des cas.

°°°

Dans les accidents du travail, l'alcoolisme joue également un rôle important. Sur 50 accidentés du travail, DELIE a trouvé :

1 seule fois une alcoolémie nulle ;

20 fois une alcoolémie inférieure ou égale à 1 g/litre ;

mais, 8 fois une alcoolémie entre 1 et 2 g/litre ;

11 fois, une alcoolémie entre 2 et 3 g ;
2 fois enfin une alcoolémie supérieure à 3 g.

Sur 166 accidentés du travail étudiés par KULMANN, un tiers avait une alcoolémie positive.

Sur 900 accidents du travail enfin, MORICE a relevé un alcoolisme chronique dans 48 % des cas observés au Centre régional de Caen. Cet auteur conclut qu'il y a trois fois plus d'alcooliques (il en trouve 18 % sur 18.800 ouvriers) chez les accidentés que dans l'ensemble du personnel, l'alcoolisme chronique étant responsable de deux accidents du travail sur trois.

Naturellement la proportion est beaucoup plus forte lorsqu'il s'agit de coups et blessures reçus lors de rixes.

Le rapport sur "le coût annuel de la prévention de l'alcoolisme dû à J.S. BRUAUD, a montré que sur 340 accidents, le pourcentage des alcoolémies supérieures à 1 g a été de 25 %.

Revenant enfin aux accidents de la circulation, nous citerons pour terminer la statistique particulière de MM. ROUVILLOIS et DEROBERT, basée sur des accidents mortels de la circulation. Ces auteurs ont trouvé sur 100 prélèvements effectués :

40 fois une alcoolémie supérieure à 1 g d'alcool par litre ;

13 fois, cette alcoolémie atteignait 3 g/litre.

En dehors de toute expertise médico-légale enfin, il faut souligner que la pathologie "spontanée" est beaucoup plus élevée chez les éthyliques. Le déficit de la Sécurité Sociale est en partie dû à l'alcoolisme, puisque sur 1.678 cas, S. TARA trouve une imprégnation éthylique certaine chez 40 % des sujets examinés, en outre, pour une affection et un groupe professionnel déterminés, on a trouvé un arrêt de travail moyen de 45 jours pour les non imprégnés, et de 75 jours pour les imprégnés qui représentaient la moitié de ce groupe.

En outre, en signalant la réapparition et les progrès effarants depuis la guerre de l'alcoolisme mental, DAMEY déclare en 1950 : "Nous hospitalisons à Privas (Ardèche) 330 malades qui totalisent un nombre astronomique de journées de présence, dont l'ensemble atteint 2374 années et 7 mois."

L'observation courante a donc été confirmée par les examens biologiques, et il est évident que parmi les accidentés et responsables d'accidents, on trouve une proportion élevée d'alcoolémies anormalement hautes, susceptibles d'être rendues responsables d'une anomalie du comportement, et donc de l'accident.

- III -

METABOLISME DE L'ALCOOL ETHYLIQUE

-:-

Nous ne reprendrons pas la question dans son ensemble, mais nous voudrions souligner le fait que c'est par les produits de son métabolisme que l'alcool devient toxique, or ce métabolisme peut largement varier d'un sujet à l'autre, d'une condition à l'autre. Autrement dit, pour une dose donnée d'alcool ingérée et retrouvée dans le sang, l'effet toxique peut varier et dépendre d'autres facteurs.

On sait que l'alcool ingéré se comporte dans l'organisme non pas comme un aliment, mais comme un poison. Il est absorbé très rapidement en nature, mais désintégré très lentement, et par conséquent il imbibe longtemps les tissus. La désintégration se produit par oxydation, mais l'organisme ne peut en oxyder plus de 6 g par heure quelle que soit la teneur du sang en alcool. Pour détruire les 100 à 120 g d'alcool contenus dans un litre de vin, il faut près de vingt-quatre heures. Pendant la désintégration, il se produit des substances toxiques : acétaldéhyde et composés pyruviques.

La rapidité d'absorption de l'alcool est en grande partie conditionnée par le rythme d'évacuation gastrique. Tout facteur d'irritation gastrique, boissons fortes par exemple, tout ce qui perturbe le péristaltisme (état d'anxiété), tout ce qui ralentit l'ouverture du pylore (présence d'aliments dans la cavité gastrique) ralentit l'absorption. Le vin est absorbé plus lentement que les spiritueux.

L'alcool ingéré se répartit dans les différents tissus en fonction de leur vascularisation. Le foie attire le maximum d'alcool, la concentration en alcool est rapidement égale dans le cerveau et dans le sang. C'est au niveau du foie que s'opère le premier stade du métabolisme sous l'action d'une déhydrogénase spécifique. Mais cet enzyme est rapidement saturé à des concentrations relativement faibles. C'est pourquoi la vitesse du métabolisme de l'alcool ingéré reste indépendante de l'élévation de l'alcoolémie.

On comprend alors qu'expérimentalement en espaçant suffisamment les doses ingérées, on arrive à administrer à un sujet 12 cc d'alcool par heure pendant plusieurs jours sans qu'apparaissent des signes toxiques et sans que l'alcoolémie dépasse 25 mg pour 100. Mais une dose à peine supérieure, 15 cc, augmente progressivement la concentration sanguine en alcool. Le rythme auquel l'alcool est ingéré conditionne donc beaucoup sa toxicité.

Le stade le plus long du métabolisme de l'alcool comporte sa transformation en acétaldéhyde. On sait que l'accumulation de ce produit intermédiaire est provoquée par l'administration d'antabuse qui s'oppose à son oxydation. L'étape métabolique ultérieure aboutit à la formation d'acétate brûlé, comme pour tous les autres produits du métabolisme, dans le cycle de KRÉBS (GAUDIN).

L'agression alcoolique telle qu'elle se produit dans l'éthylisme humain aboutit à une augmentation concomitante des taux d'acétaldéhyde et d'acide pyruvique sanguins, comme le montrent les dosages pratiqués par R. LECOQ. Mais l'acide pyruvique est plus toxique que l'acétaldéhyde, et c'est à lui que doivent être rapportées les manifesta-

tions de l'intoxication alcoolique, au moins en grande partie.

Plusieurs auteurs enfin ont montré que dans les états alcooliques aigus, le point cryoscopique du plasma était perturbé. A la lumière de dix-huit observations, COREAU a montré que les perturbations du point cryoscopique dans les états d'ivresse se faisaient dans le sens de l'hypertonie. Celle-ci s'est montrée proportionnelle au taux de l'alcoolémie. Mais ce n'est pas une hypertonie vraie, et, en pratique, ce trouble n'est pas justiciable d'une correction thérapeutique.

Dans le delirium tremens, l'hypotonie plasmatique est de règle et semble jouer un rôle dans la symptomatologie de l'alcoolisme aigu qui, du point de vue biochimique est caractérisé par une hyperhydratation cellulaire associée à une déshydratation extracellulaire.

Les recherches de ACCOYER et de ses collaborateurs ont porté elles aussi sur l'influence de l'alcoolémie et de l'acétonémie sur le point cryoscopique du sérum. Le point cryoscopique normal est de $-0^{\circ}57$, il est abaissé de $0^{\circ}032$ par gramme pour 1000 d'alcool dans le sang (et de la même quantité $0^{\circ}032$ par gramme pour 1000 d'acétone, enfin de $0^{\circ}0178$ par gramme pour 1000 d'acide B-hydroxybutyrique). Des chiffres de $-0^{\circ}65$ ont été fréquemment trouvés chez des alcooliques aigus ; aussi ACCOYER soupçonne-t-il la pression osmotique élevée d'être génératrice, au moins en partie, des signes de déshydratation et des accidents vasculaires cérébraux de l'éthylisme grave. HAMBURGER a signalé la nécessité d'effectuer des corrections dues aux excès d'urée et de glucose ; à ces corrections, ACCOYER pense qu'il est nécessaire de tenir compte dans la détermination

du point cryosdopique des taux d'alcoolémie et d'acétonémie.

Ainsi la recherche du point cryoscopique du sérum peut devenir un examen utile non pas tant pour la détermination de l'alcoolémie en tant qu'indice biologique, que pour établir les perturbations provoquées par cette élévation du taux d'alcool dans le sang.

Nous approchons en sorte de l'interprétation des taux d'alcoolémie dans leurs effets néfastes, physio-pathologiques, fonctionnels, métaboliques.

- IV -

LE DOSAGE DE L'ALCOOLEMIE

-:-

Pour déterminer l'alcoolémie chez un sujet ayant provoqué ou subi un accident, il faut évidemment effectuer le prélèvement de sang aussi rapidement que possible, l'idéal étant évidemment la prise immédiate au lieu même de l'accident puisqu'il s'agit de déterminer l'état du sujet au moment du sinistre. Mais en pratique, le prélèvement exigeant un matériel et une technique particulière, ce n'est souvent qu'une à trois heures après l'accident que le prélèvement est fait. Il faut donc tenir compte de ce délai écoulé, qui d'ailleurs ne suffit pas à assurer l'élimination complète d'une dose nocive d'alcool, puisque, nous l'avons vu, cette élimination est lente.

Il faut environ vingt quatre heures pour qu'un sujet ayant absorbé 100 g d'alcool retrouve une alcoolémie normale.

Celle-ci atteint son maximum de trente à soixante minutes après l'ingestion, puis elle va baisser régulièrement à une vitesse variant selon les aliments ingérés en même temps (WIDMARK). Les prélèvements faits quatre heures après l'accident vont donc indiquer une alcoolémie très inférieure à ce qu'elle était initialement.

La méthode de NICLOUX est souvent utilisée :

son principe repose sur les propriétés réductrices de l'alcool vis-à-vis d'un réactif oxydant, le bichromate de potassium en solution dans l'acide nitrique. On opère sur 10 cc de sang fluoré (fluorure de sodium placé préalablement dans le tube sur lequel on reçoit le prélèvement de sang).

On ajoute une solution saturée d'acide picrique très purifié, par dissolution et recristallisation dans l'acide acétique, ce qui fait précipiter les protéines. La distillation est ensuite menée avec précaution et lenteur. On prélève une partie aliquote du distillat que l'on met en présence d'une quantité déterminée de réactif oxydant. On dose ensuite l'excès de réactif oxydant qui n'a pas été réduit par l'alcool contenu dans la prise d'essai. Il existe des appareils portatifs, des alcoomètres, susceptibles de déterminer l'alcoolémie en cinq minutes. Il s'agit alors de doser l'alcool dans l'air expiré au moyen d'un pentoxyde d'iode spécial. Toutes les valeurs obtenues avec l'alcoomètre de BICKNELL CAMBRIDGE, par exemple, sont inférieures à celles déterminées par la méthode chimique ; on ne peut donc redouter une erreur portant préjudice au sujet examiné. L'appareil permet un premier dépistage de l'ivresse au moment de l'accident, le dosage chimique restant obligatoire dès que le sujet paraît avoir absorbé une certaine quantité d'alcool.

On préfère en France continuer à se servir du dosage dans le sang que l'on trouve plus précis, le principal reproche que l'on puisse lui faire est d'être traumatisant, cette objection est en partie levée par l'existence d'une méthode de micro-dosage (GRIFFON) permettant de faire l'examen à partir de 1 cc de sang que l'on peut prendre par exemple au lobule de l'oreille ou au bout du doigt.

On a pu répartir les alcoolémies en quatre tranches : dans deux d'entre elles , les extrêmes, on peut affirmer, ou bien l'action nocive de l'alcool, ou bien l'exclure. Dans les deux tranches intermédiaires par contre, il faut se baser sur la concordance ou la discordance du résultat biochimique et des renseignements fournis par l'examen médical et la fiche de comportement.

La collaboration du médecin chargé de l'établissement de la fiche B dite fiche d'examen clinique médical, sur les lieux mêmes de l'accident, se montre indispensable pour les "zones d'incertitude" de l'intoxication. Il faut donc faire appel à des médecins compétents apportant beaucoup de soin à l'accomplissement de cette mission médico-légale.

La législation française a institué un système de contrôle à quatre degrés qui est de grande valeur. De plus, on ne peut redouter d'erreurs dues aux techniques actuelles.

Nous allons revenir à cette question de l'examen clinique, souvent mal pratiqué et de ce fait n'apportant pas à l'expert les renseignements qu'il est en droit d'en attendre. Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE vient en particulier d'insister sur ces faits, comme nous allons le voir.

ALCOOLISME BIOCHIMIQUE ET ALCOOLISME CLINIQUE

--

L'établissement de quatre zones d'alcoolémie donne donc des renseignements catégoriques dans une certaine proportion des cas où les dosages ont été faits :

- soit que l'alcoolémie ait été égale ou inférieure à 0,5 g pour 1000 cc de sang ; et alors on ne doit pas faire intervenir une éventuelle action de l'ébriété dans l'accident qu'il s'agit d'expertiser ;

- soit que l'alcoolémie égale ou dépasse 1,50g pour 1000 cc de sang ; dans ce cas l'action toxique est nette, avec ou sans ivresse apparente, le comportement est altéré.

Il faut bien en effet considérer à côté des cas d'ivresse patente ceux où le sujet est simplement sous l'effet de l'alcool, et là entre en jeu tout le problème de la "tolérance individuelle", disposition somatique qui permet non seulement d'accepter sans troubles notoires les boissons alcoolisées, mais aussi d'en ressentir les effets euphoriques.

C'est pourquoi l'examen clinique puis psycho-technique a de l'importance ; il peut et doit être décisif. Il n'est malheureusement pas toujours fait avec toute la rigueur et la précision désirables. Et nous allons voir qu'il est cependant de première importance, puisque nombreux sont les cas dans

lesquels il y a discordance entre les chiffres d'alcool dans le sang et le résultat d'un examen clinique approfondi.

Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE a insisté sur la difficulté devant laquelle se trouve l'expert du fait que l'examen clinique, tel qu'il est généralement pratiqué, a souvent fort peu de valeur et du fait aussi que la quantité d'alcool trouvée dans le sang, sauf si elle atteint trois grammes, ne prouve pas qu'il y a eu des troubles du comportement.

On ne peut savoir en particulier si les individus ayant 1 g ou 1,50 g d'alcool peuvent ou non conduire une auto.

Il n'est pas possible de déduire des alcoolémies trouvées élevées que celles-ci entraînent forcément des troubles du comportement, puisque ce n'est que chez des sujets ayant provoqué des accidents que l'alcoolémie est déterminée. Il faudrait procéder à de tels dosages sur un nombre élevé de sujets à comportement en apparence normal, en dehors de toute expertise médico-légale. Par ailleurs, étant donné la loi actuelle, c'est l'ébriété manifeste et publique qui est visée par la répression et non un taux d'alcool sanguin élevé s'il n'entraîne pas d'anomalies de conduite.

DE REN, à Nancy, a montré que les résultats obtenus par les dosages systématiques d'alcool dans le sang lors d'accidents de la circulation étaient en concordance le plus souvent avec les rapports de gendarmerie, toujours minutieusement établis. Par contre, cet auteur regrette que le rapport médical reste le plus souvent sans valeur, parce que mal rédigé. Dans la région de l'Est, les prises de sang sont faites assez systématique-

ment, ce qui explique que les taux d'alcoolémie trouvés soient souvent moyens, entre 1,50 g et 2 g par litre ; on trouve également des alcoolémies nulles, et aussi des cas dépassant 2 grammes.

FOURCADE et BOURDIOL ont apporté les résultats d'un an d'application des mesures d'expertise fixées par le décret du 18 Juin 1955 concernant les auteurs et les victimes des accidents de la circulation. Une population de 2.600.000 habitants concernant huit départements, a donné entre le 1er Mars 1956 et le 28 Février 1957 un total de 161 prélèvements de sang pour dosage de l'alcool (il y a eu en réalité beaucoup plus d'accidents suivis de blessures et de morts). Cent quinze des sujets examinés soit 71,5 % ont eu une alcoolémie supérieure à 0,50 g/litre. La concordance entre les données du comportement et celles de l'examen clinique a été satisfaisante dans 72,8 % des cas, il y a eu 15,5 % cas de renseignements discordants, et 11,7 % de cas où aucun renseignement n'a été fourni sur le sujet expertisé en dehors de l'alcoolémie. Et FOURCADE exprime le voeu de voir remplir la fiche A par le sujet soumis à prélèvement de sang en ce qui concerne la nature et le volume des boissons ingérées dans les deux heures qui ont précédé l'accident.

HEUYER considère le taux de 1,50 g comme caractérisant l'état d'ivresse, il s'insurge contre la mauvaise presse qui est faite à l'examen clinique, alors que les signes classiques d'alcoolisme pourraient être utilisés ; dans bien des cas, l'examen psychique s'impose et donnerait d'intéressants renseignements.

HADENGUE a constaté que dans les expertises faites à Paris, l'alcoolémie est rarement inférieure à 1 g ; les examens clini-

ques faits à l'hôpital donnent généralement des indications valables. MULLER qui constate que dans la région du Nord les prélèvements de sang sont faits très souvent en dehors d'une apparence d'ébriété souligne la fréquente discordance entre les fiches A et B établies après enquête policière et enquête médicale, et les conclusions données par le taux d'alcoolémie. C'est ainsi que dans 133 accidents considérés comme non imputables à l'alcoolisme, le taux d'alcool dans le sang était, chez les responsables des accidents, 52 fois supérieur à 2 g et 81 fois entre 1 et 2 g. Sur 141 cas considérés comme d'alcoolisme léger, on a trouvé 22 fois une alcoolémie à 2 g, et 119 fois une alcoolémie comprise entre 2 et 4 g.

On se trouve actuellement entre deux tendances : celle qui avec ADNES, COSSA, admet qu'en pratique l'expert ne peut compter sur les fiches A et B, mais doit s'appuyer seulement sur le taux d'alcoolémie ;

celle qui, soutenue par de plus nombreux auteurs, admet que la mesure de l'alcoolémie, en dépit de sa valeur, ne doit pas devenir la base d'une sanction automatique, mais être seulement considérée comme un complément des examens consignés sur les fiches A et B (WEIL).

SIMONIN souligne lui aussi la contradiction entre les signes cliniques et le taux d'alcoolémie, contradiction qui lui paraît normale, mais qui ne doit pas avoir comme conséquence de faire rejeter l'examen médical. Au contraire, on doit entreprendre tout ce qui est à même d'améliorer cet examen et de valoriser la fiche B. Mais établir dès maintenant une limite légale d'alcoolémie paraît à SIMONIN une erreur psychologique. De plus, poursuit cet auteur, si l'on adopte

dès maintenant une limite légale d'alcoolémie, on retirerait aux juges un droit d'appréciation essentiel dans la législation française. Ce serait substituer le biologiste au juge, et empêcher toute individualisation de la peine.

Si enfin, lorsque l'alcoolémie dépasse 2 g pour 1000, il faut encore des signes cliniques pour affirmer l'ivresse, on peut cependant dire que possédant un tel taux d'alcool dans le sang, le sujet expertisé ne se trouve plus dans la possibilité de conduire correctement un véhicule.

Ce n'est donc qu'avec une alcoolémie de 3 g pour 1000 ou au-dessus que l'on peut affirmer que le comportement du sujet était anormal ; mais autour de 1 g ou 1,50 g il est très difficile de conclure.

Dans la statistique de COLIN, ce n'est que dans 3 % des cas que le seul dosage biochimique a permis de conclure à l'état certain d'ébriété.

Dans 18 % des cas, l'alcoolémie était telle que des troubles du comportement étaient possibles, la conclusion nécessitant des examens cliniques au moment de l'accident ou des épreuves psychotechniques. Dans 79 % des cas, le rôle de l'alcool a pu être exclu par les dosages.

Un autre argument en faveur de cette discordance entre résultats biochimiques et résultats cliniques est apporté par les travaux de TRUFFERT. Cet auteur rappelle que l'alcool ingéré diffuse rapidement dans l'organisme, et son dosage dans le sang à divers moments permet de dresser une courbe d'alcoolémie. Or celle-ci s'élève d'abord rapidement pendant la phase de diffusion, puis après avoir atteint un

maximum, elle redescend lentement pendant la phase d'élimination.

Lorsque la dose d'alcool ingérée est particulièrement élevée, cette courbe d'élimination peut présenter un palier correspondant approximativement à la quantité d'alcool ingérée par kilogramme de poids corporel et se situant au moment où le sujet ressent un malaise profond.

Mais l'étude des modifications psychophysiologiques a montré que l'ingestion de 0,50 g d'alcool par kg de poids du corps avait une influence néfaste sur certains tests psycho-techniques alors que d'autres tests étaient améliorés. Si la dose atteint 1 g/kg de poids du corps, tous les tests sont défavorablement affectés. D'où la conclusion :

L'ingestion d'alcool présente un danger pour les conducteurs de véhicule, bien avant que l'état d'ébriété ne se manifeste; le dosage de l'alcool dans le sang renseigne sur l'imprégnation alcoolique, mais son résultat se fait attendre, et c'est pourquoi lorsqu'on a besoin d'un renseignement immédiat, TRUFFERT préconise la détermination sur l'air expiré.

Donc, entre alcoolémie et manifestations cliniques de l'ébriété, entre "alcoolisme biochimique" et "alcoolisme clinique", il peut y avoir des discordances dépendant de très nombreux facteurs, individuels, métaboliques, facteurs de la sensibilité et de l'accoutumance du sujet.

On voit toutes les difficultés auxquelles se heurte l'expert, en particulier dans l'interprétation des données de l'examen médical.

- VI -

PARTICIPATION DU CORPS MEDICAL
A L'ELABORATION DE LA LEGISLATION
TENDANT A REPRIMER L'ALCOOLISME.

-:-

Nous voudrions pour notre part montrer le rôle actif du Corps Médical dans l'élaboration d'une législation qui, sans être parfaite, comme nous le verrons plus loin, constitue déjà un énorme progrès.

C'est surtout sous forme de "voeux" que le corps médical a pesé sur les décisions gouvernementales.

Nous avons vu que dans l'Armée, le dosage de l'alcool dans le sang chez les responsables d'accidents avait été rendu obligatoire d'abord en Afrique du Nord puis à partir de 1946 sur tout le territoire métropolitain.

A la séance du 18 Décembre 1951, ROUVILLOIS au nom de la Commission sur l'Alcoolisme de l'Académie de Médecine, demandait à cette assemblée d'émettre le voeu suivant, qui fut adopté :

L'Académie Nationale de Médecine, émue par la fréquence toujours accrue des accidents de la circulation, par le rôle que joue l'alcool dans leur genèse et par l'absence de toute mesure législative permettant d'en faire la preuve, émet le voeu que les Pouvoirs Publics rendent légale et obligatoire

la détermination biochimique du degré d'imprégnation alcoolique de l'accidenté et de la victime, dans le cas où leur responsabilité paraîtrait engagée.

A la séance du 14 Janvier 1952 de la Société de Médecine Légale de France, Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE rappelait le rôle important joué par l'alcoolisme dans la recrudescence des accidents de la voie publique. Certaines lois récentes poursuivait-il, favorisent l'augmentation de l'alcoolisme.

La responsabilité de l'Etat se trouve ainsi engagée. Aucune mesure législative n'est prise pour diminuer ou atténuer l'alcoolisme qui prend de jour en jour des proportions inquiétantes.

A sa séance du 30 Juin 1953, l'Académie de Médecine entendait MM. ROUVILLOIS et DEROBERT qui étudiaient l'évolution de l'alcoolisme en France depuis cinquante ans, et montraient l'étroite corrélation entre la législation et le développement de l'alcoolisme, émettant un vœu, véritable cri d'alarme.

Un vœu analogue a été adopté et transmis aux Pouvoirs Publics à la séance du 7 Juillet 1953.

DEROBERT, en Janvier 1954, étudiant l'évolution de l'alcoolisme en France, et l'incidence des lois relatives à l'alcool et aux boissons qui en renferment, se déclarait frappé de constater qu'aux périodes où les législatures sont pro-alcooliques, l'alcoolisme augmente, alors qu'il diminue lorsque les législatures sont anti-alcooliques. Et de conclure que l'Etat peut donc, s'il le désire et s'il en a la ferme volonté, prendre

des mesures législatives efficaces, alors qu'il n'existe aucune législation contre l'alcoolisme.

H. et M. HINGLAIS, le 10 Juillet 1956, rap-
pelaient que :

les doses d'alcool contenues normalement dans le sang sont extrêmement faibles, et ne peuvent constituer une cause d'erreur dans la recherche des quantités d'alcool ingérées. Aux taux critiques adoptés, 0,10 et 0,15 pour 100, toute personne ayant absorbé 100 à 150cc d'alcool, pendant les cinq heures qui suivent le repas, est en état d'alcoolisme légal.

Or, c'est là le régime minimum de beaucoup de Français, puisque cela correspond à l'ingestion de trois quarts de litre de vin ordinaire à 12°. En regard de l'immense propagande qui pousse à la consommation du vin et de l'alcool, il serait loyal de prévenir les consommateurs de ce risque nouveau.

Enfin, en Mai 1957, en conclusion des discussions suscitées par le Colloque sur le Diagnostic de l'intoxication alcoolique au cours des accidents, deux Commissions ont été nommées, la première composée de médecins légistes et la seconde d'experts biologistes.

Les conclusions de la Commission des médecins légistes ont été les suivantes :

1° Les experts présents au Colloque estiment que le décret du 10 Juillet 1954 et celui du 18 Juin 1955 représentent un progrès extrêmement important pour déceler les alcooliques dangereux, en particulier lorsqu'ils sont une cause d'accidents de la circulation.

2° Estiment démontrée l'importance du rôle du médecin examinateur en vue de recueillir les éléments indispensables à l'élaboration

du rapport d'expertise ;

jugent indispensable d'appeler systématiquement l'attention des médecins examinateurs sur la nécessité d'apporter tous leurs soins à l'établissement de la fiche B ;

pour leur faciliter cette tâche, proposent que cette fiche soit reconsidérée dans le but de l'alléger, tout en la complétant éventuellement en y faisant figurer des signes reconnus valables et des recherches simples ;

demandent que sur la fiche B le médecin examinateur atteste qu'il n'a pas utilisé de solution alcoolisée pour la désinfection de la peau , de la seringue ou de l'aiguille ;

3° Souhaitent que soient supprimés de la fiche B et réservés à la fiche A tous les renseignements et éléments de l'interrogatoire qui ne sont pas strictement d'ordre médical, en particulier les questions concernant les dernières libations et les renseignements d'état-civil.

que la fiche A comprenne, dans la mesure du possible, en annexe, une attestation du sujet indiquant la quantité de boisson alcoolisée qu'il a consommée dans les heures ayant précédé l'examen.

4° Insistent sur la nécessité que l'examen et le prélèvement soient aussi précoces que possible.

5° Jugent indispensable que le prélèvement soit fait dans tout accident suivi de blessures et concerne systématiquement non seulement l'auteur de l'examen présumé, mais également la victime.

Quant à la Commission des experts biologistes, elle a fait accepter les conclusions suivantes :

- Les experts biologistes affirment leur confiance en la méthode oxydimétrique, mais demandent une possibilité d'adaptation aux cas particuliers ;
- Ils expriment le vœu, comme il est d'usage dans les expertises toxicologiques, que les commémoratifs se rapportant à l'affaire leur soient communiqués ;
- En cas de contre-expertise, le contre-expert devra se mettre au préalable en rapport avec le premier expert afin de connaître les particularités éventuelles, et pour assurer le transfert de l'échantillon ;
- Les experts biologistes déclarent exprimer leurs résultats en grammes par litre suivant les indications de l'arrêté et souhaitent que cette expression des résultats soit adoptée par tous.

On peut donc dire que la procédure instituée par le décret du 18 Juin 1955 a été approuvée par les experts malgré certaines réserves exprimées en cours de discussion.

En réalité, les reproches faits s'adressent non pas à la procédure, mais à ses applications défectueuses en ce qui concerne l'examen médical et la rédaction de la fiche B dont une amélioration a été réclamée. Si toutefois cette amélioration restait irréalisable, il faudrait alors accorder plus d'importance à la notion d'une limite d'alcoolémie au-delà de laquelle le conducteur sera considéré comme imprudent, sans que le droit d'appréciation du juge en soit limité.

La méthode de dosage de l'alcool dans le sang telle qu'elle est actuellement appliquée paraît satisfaisante, compte tenu de quelques modifications de détail.

"Si c'est un sujet que je n'entends point, à cela même je m'essaye, et puis le trouvant trop profond pour ma taille, je me tiens à la rive."

(Montaigne)

- VII -

REPRESSION DE L'IVRESSE AU VOLANT

-:-

Historique - Législation actuelle - Lacunes

A l'origine, la loi du 1er octobre 1917 ne prévoyait dans son article 1er qu'une simple peine d'amende pour les conducteurs trouvés en état d'ivresse :

"sera puni d'une amende de 50 à 300 francs quiconque sera trouvé en état d'ivresse manifeste dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics.

Il y a récidive lorsque, depuis moins de douze mois, le contrevenant a subi une condamnation pour la même infraction. En cas de première récidive la peine d'emprisonnement pendant trois jours au plus sera prononcée".

Cette sanction paraissait nettement insuffisante à l'encontre de quelqu'un qui, au volant de sa voiture, pouvait devenir un danger public.

Aussi, pour réagir contre cette tendance, les Parquets de certains tribunaux de province,

celui de Lyon notamment, avaient-ils usé d'un stratagème juridique pour se montrer plus répressifs: Application des articles 475 et 476 du Code Pénal :

"... les rouliers, charretiers, conducteurs de voitures quelconques ou de têtes de char-ge, qui auraient contrevenu aux règlements par lesquels ils sont obligés de se tenir constamment à portée de leurs chevaux, têtes de trait ou de charge et de leur voiture, et en état de les guider et conduire... seront punis d'amende depuis 500 francs jusqu'à 600 francs."

Ainsi, un individu trouvé en état d'ivresse au volant devant encourir deux contraventions:

- l'une pour ivresse conformément à la loi de 1917,
- l'autre parce que, conduisant en état d'ivresse, il se trouvait "hors d'état de conduire son véhicule" et rentrait par conséquent dans le cadre de la contravention prévue par l'article 475 du Code Pénal.

En combinant ces dispositions avec celles de l'article 476, permettant de prononcer en outre un emprisonnement de trois jours, le Parquet pensait-il avoir assuré une répression plus efficace.

Indépendamment de cette combinaison (devenue périlleuse par suite de la publication du nouveau Code de la Route), le législateur publiait une série de lois destinées à réprimer l'alcoolisme. Loi du 17 Décembre 1926 réprimant l'ivresse dans la navigation, Loi du 25 Août 1940, excluant du bénéfice des circonstances atténuantes l'individu qui commettait un crime ou délit en état d'ivresse.

Il est intéressant de se ligner que cette disposition n'a pas été reproduite dans la

- Loi du 24 septembre 1941, modifiant la loi du 23 août 1940 et portant restriction à la consommation des boissons alcooliques.

Ainsi, malheureusement, cette circonstance n'est donc plus "aggravante" actuellement, mais il convient de dire que les juges sou-vent, ne manquent pas d'en tenir compte pour aggraver les peines prononcées.

- Le décret 730 du 22 mars 1942 réprimant l'ivresse dans l'enceinte du chemin de fer.

Il faut donc constater que ce problème de l'ivresse devenait quand même à l'ordre du jour, mais que toutes les mesures pratiques, surtout quand l'ivresse se produisait au volant, restaient encore à déterminer.

Quelle fut la position des Tribunaux avant le nouveau Code de la Route ?

Nous avons vu plus haut que certains tribunaux pour se montrer plus sévères lorsqu'ils infligeaient une amende, se servaient de deux textes :

- l'article 1er de la loi du 1.10.1917 ;
- l'article 475 du Code Pénal.

Dans les Annales de Justice de Paix de 1953, M. AUBIN, juge de paix à Lorient, s'indignait de la législation alors en vigueur qui ne faisait encourir qu'une amende de 600 francs au conducteur trouvé en état d'ivresse, et soulignait sa propre jurisprudence : 3 jours d'emprisonnement plus une amende de 1.200 francs plus une amende de 600 francs.

Il déclarait notamment :

Si le conducteur ivre contrevient à la Loi du 1.10.1917, ne contrevient-il pas également au paragraphe 3 de l'article 475 du Code Pénal ? Cet article visiblement rédigé à une époque où les diligences et les malles de poste sillonnaient les routes de France, l'a cependant été par des juristes clairvoyants et sensés qui ne se sont point bornés à énumérer les modes de transport en usage dans leur temps ce qui restreindrait facilement de nos jours l'application pratique de l'article, mais ont pris soin de réserver l'avenir en parlant de conducteurs de "voitures quelconques" termes assez généraux pour pouvoir être appliqués à l'ivresse au volant.

Quoi qu'il en soit, les Tribunaux ne suivent pas tous ce point de vue :

- par jugement du 31.12.1953, un tribunal écartait l'application de l'article 475, motifs pris que par "en état de guider et conduire son véhicule" il fallait entendre non pas l'état physique du conducteur, mais la possibilité matérielle pour lui de diriger son véhicule.

D'autre part, la 6ème Chambre des appels correctionnels de Lyon, sur appel d'un prévenu condamné en application de l'article 475 jugeait que :

"seule la contravention d'ivresse pouvait être retenue, les dispositions de l'article 475 étant inapplicables aux véhicules automobiles".

Avec cette jurisprudence divergente, nous arrivons à la refonte du Code de la Route par le décret du 10 juillet 1954.

Il faut dire qu'avant la promulgation de ce décret, une loi du 15 Avril 1954 avait pris les dispositions suivantes :

"les officiers ou agents de police administrative ou judiciaire lors de la constatation d'un accident de la circulation doivent faire procéder sur l'auteur présumé aux vérifications médicales, chimiques et biologiques destinées à établir la preuve de la présence d'alcool dans le sang".

Le décret du 10 Juillet 1954, portant réforme du Code de la Route, dans son titre V, reprend les termes des dispositions que nous venons de citer, et ajoute :

"... Dans le cas d'accident matériel, il ne sera procédé à cet examen que si le ou les auteurs présumés semblent en état d'ivresse. Dans tous les cas où il peut être utile, cet examen sera également effectué sur les victimes".

L'article 130 de ce même décret indique les cas de retrait et de suspension du permis de conduire :

"la suspension du permis de conduire pour une durée allant jusqu'à deux ans peut être prononcée par le préfet du département dans lequel le titulaire a fait l'objet d'un procès verbal constatant :

- soit qu'il conduisait en état d'ivresse ;
- soit qu'il a commis une infraction à l'une des dispositions du présent décret..."

Mais le présent décret en question, se borne dans l'article 2 à cette formule : "Tout véhicule doit avoir un conducteur", sans aucunement reproduire l'obligation du texte ancien : "le conducteur doit se trouver en état et en position d'effectuer toutes les manoeuvres qui lui incombent", disposition qui figurait dans l'ancien code de la route (décret du 20 Août 1939).

Il faut en conclure qu'à part l'interdiction de véhicules télécommandés, les tribunaux ne pourront plus sanctionner comme ils le faisaient précédemment par l'application de l'article 475 du Code Pénal le conducteur qui, se trouvant en état d'ivresse, "ne se trouve plus en état de guider et conduire son véhicule", puisque les termes "le conducteur doit se trouver en état de guider et conduire son véhicule" ne figurent plus dans le nouveau code. Tout au plus, se verra-t-il infliger une amende pour ivresse ou excès de vitesse, mais il ne pourra encourir une 3ème contravention pour "conduite en état d'ivresse". C'est d'ailleurs ce qu'a fait le tribunal de simple police de Clermont-Ferrand (30 avril 1957) - Gazette du Palais du 1.10. 1957 en condamnant à deux contraventions pour ivresse et excès de vitesse, mais en relaxant de la 3ème contravention "conduite en état d'ivresse" un conducteur qui avait un taux d'alcoolémie de 1,80 g.

Donc, l'on s'aperçoit qu'il est dommage qu'en vue de réprimer l'ivresse au volant, on aboutisse en fait à une exemption de peine par suite de la complexité des textes législatifs, et croyons-nous, par le manque de clarté de ces textes. Cette carence est d'autant plus incompréhensible que les textes législatifs que nous venons de passer en revue, sont les seuls qui, en France, régissent la répression de l'alcoolisme aigu.

Il faut remarquer en outre, qu'aucun ne donne de définition légale de l'alcoolisme aigu.

A l'étranger, hormis le cas particulier et premier de la Norvège, où la limite biochimique légale est fixée à 0,50 g depuis la loi n° 2 de 1926 ; en Suède, la loi du 7-6-34 pénalise le conducteur dont l'alcoolémie est de 1,50 g pour 1000 ou plus.

Un projet de loi Belge fixe le taux illicite des alcoolémies à partir de 1,50 g.

Ce n'est pas, dit le Pr. P. MOUREAU de Liège, "l'intoxication alcoolique en soi qui est réprimée, mais uniquement le fait d'aggraver par intoxication alcoolique, un risque inhérent à la conduite d'un véhicule rapide" et il ajoute : "Mais si le projet de loi est adopté, le seul dosage d'alcool dans le sang sera une preuve d'intoxication alcoolique indépendamment de tout examen clinique".

Il convient d'objecter, que vu sous notre angle national,

- ce serait transférer au biochimiste les pouvoirs du juge ;
- ce serait automatiser la législation pénale en y introduisant une "loi-guillotine" contraire à l'esprit du droit français,
- ce serait priver les magistrats français de la faculté d'individualiser la peine,
- ce serait écarter de la répression les troubles mineurs facteurs non négligeables d'accidents ;
- ce serait soumettre au dosage systématique tous les auteurs d'accidents ;
- ce serait méconnaître enfin l'importance de l'examen clinique, sans doute mal pratiqué souvent, mais une amélioration doit être obtenue en informant le médecin praticien.

Nul ne conteste sans doute que le fait de conduire en état d'ivresse un véhicule automobile devrait constituer un délit très sévèrement puni, celui qui s'en rend coupable, n'étant pas autre chose que l'auteur en puissance d'un ou plusieurs homicides.

Terminons en rappelant qu'un projet de loi, en instance devant l'Assemblée Nationale,

envisage les sanctions pénales suivantes :
(11 jours à trois mois de prison et 12.000
à 40.000 francs d'amende) applicables aux
conducteurs et cyclistes qui circulent en
état d'intoxication alcoolique.

- VIII -

CONCLUSIONS

-:-

I.- La responsabilité de l'ingestion d'alcool dans les accidents de la circulation et du travail a été établie depuis de longues années par l'observation courante. Mais il fallait, pour que cette responsabilité puisse intervenir en médecine légale, que des examens objectivent la présence dans l'organisme du sujet expertisé, de quantités d'alcool susceptibles de compromettre un comportement normal.

II.- Etant donné le métabolisme de l'alcool, le dosage de ce toxique prélevé dans le sang une à deux heures après l'ingestion de la boisson alcoolisée permet d'établir une alcoolémie dont la courbe ne s'abaisse que lentement en 24 heures. On peut donc calculer le taux de l'alcoolémie au moment de l'accident.

III.- Des taux d'alcoolémie ont été fixés, formant quatre tranches distinctes. Mais si les deux extrêmes, absence d'alcool dans le sang, ou quantités minimales inférieures à 0,50 g par litre ; et présence de quantités élevées, à partir de 1,50 g par litre, n'offrent pas de discussion (dans le premier cas, il n'y a pas d'ébriété, dans le second, celle-ci est certaine, même si elle n'est pas apparente) dans les deux tranches intermédiaires toutes les conclusions sont possibles, elles dépendent du sujet, des conditions d'ingestion, du métabolisme. Au

dosage de l'alcool dans le sang, il faut donc ajouter l'examen clinique, voire psycho-technique.

IV.- Le législateur a bien prévu ces difficultés, mais celles-ci ne sont pas complètement aplanies, du fait des résultats souvent peu utilisables de l'examen médical. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la fréquence des discordances entre alcoolisme biochimique et alcoolisme clinique. Il faut donc améliorer les conditions de l'examen médical, la rédaction de la fiche B. Le rôle de l'expert reste actuellement délicat et il faut souhaiter qu'il soit facilité par une meilleure collaboration médicale, car on ne peut raisonnablement tabler uniquement sur les dosages d'alcool dans le sang.

V.- Le Corps Médical pour sa part, n'a cessé d'attirer l'attention des Pouvoirs Publics sur l'importance de cet alcoolisme, et sur la nécessité d'élaborer une législation tendant à en limiter les effets néfastes.

Tout en reconnaissant le progrès réalisé en ce sens ces dernières années, il reste, afin de pouvoir sanctionner vraiment l'ivresse, au volant en particulier, à donner à ceux à qui incombe la tâche de la réprimer, une arme plus efficace que l'insuffisance et le manque de clarté des textes législatifs actuels ne leur donnent.

Vu :
Le Président :
signé : PIEDELIEVRE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

- IX -

BIBLIOGRAPHIE

--

P. ACCOYER, R. MIERAL, A. GAMELIN

De l'influence de l'alcoolémie et de
l'acétonémie sur le point cryoscopique
du sérum

Lyon Médical 21 juin 1954

R. BESSON, M. REDON

Alcool et traumatisme. Etude de l'im-
prégnation éthylique par dosage de
l'alcool dans le sang chez cent blessés
admis dans un service de chirurgie
Presse Méd. LXI pages 849-850 13 Juin
1953

Y. COLIN, M. PERONNET

Alcool dans le sang et accidents de la
circulation

Presse Méd. LIX page 840, 13 juin 1951

P. COREAU

A propos des perturbations du point
cryoscopique dans les états alcoolici-
ques aigus

Thèse de Lyon 1954

L. DEROBERT, R. PIEDELIEVRE

Alcoolisme et Médecine Légale

Soc.Méd.Lég. Fr. 14 janv. 1952

Notes à propos de l'utilisation prati-
que de l'alcoomètre de Bicknell-Cam-
bridge

Ann.Méd. pages 302-310 1953

J. DUBLINEAU

Projet d'une législation anti-alcoolique

Bull.Méd. pages 357-358 1er oct. 1946

H. et M. HINGLAIS

Alcoolémie et définition légale de l'alcoolisme. Bases de l'interprétation médico-légale. Conséquences particulières en France

Bull.Acad. Méd. 10 Juill. 1956

E. KOHN ABREST, L. TRUFFERT

Dosage de l'alcool dans le sang

Ann.Méd.Lég. XXVII pages 517-527 1937

J. KULMANN, L. MOLE, J. COBLENTZ, J. MULLER

Résultats de la recherche de l'alcoolémie chez les accidentés

Journ.Nat.Etude Méd. du Travail du Bâtiment Paris 20 mai 1955

R. LECOQ

Variation des taux d'acide pyruvique et d'acétaldéhyde dans le sang sous l'influence de l'agression alcoolique

C.R.Soc.Biol. 10 Nov. 1951

J. LIAUZIN

Alcoolisme aigu et accidents de la circulation. Essai Méd. Lég.

Thèse Paris 1951

LOUBET

Lutte contre l'alcoolisme des conducteurs

Thèse Paris 1956

MORICE

Responsabilité de l'alcoolisme chronique dans la détermination des accidents du travail

Bull.Acad.Méd. 30 juin 1953

P. MOUREAU

Tendances de la Législation Belge en ce
qui concerne l'intoxication alcoolique
et les accidents de roulage
Colloque Paris 5 mai 1957 in Rev.Alcool
Juin

C. PERONNE

De l'alcoolisme dans ses rapports avec
le traumatisme
Thèse Paris T. X n° 40 1870

R. PIEDELIEVRE

Alcoolisme et Médecine Légale
Soc.Méd.Lég. Fr. 14 janv. 1952

RABOURDIN

Le diagnostic de l'intoxication éthylique
Revue de l'Alcoolisme Juin 1957

L. ROUVILLOIS, L. DEROBERT

Alcool et accidents de la circulation
Bull.Acad.Méd. 27 nov. 1951
Vceu sur l'alcoolisme
Bull.Acad.Méd. 18 Déc. 1951
30 Juin 1953
7 Juill. 1953
21 Juill. 1953

SCHWARTZ

Ivresse et Alcoolisme
Revue Méd. Suisse Romande 25 avril 1940

C. SIMONIN

L'expertise médico-légale de l'alcoolisme
aigu
Revue de l'alcoolisme Juin 1957

J. TRILLOT

Ivresse et Accidents d'automobile
XXIVème Congrès Méd.Lég.Lausanne 23 mai
1948
Soc.Méd.Lég.Fr. 14 nov. 1949

L. TRUFFERT

Recherche et dosages de l'alcool en
matière médico-légale

Presse Méd. XLIX 29 Janv. 1941

Ann.Méd.Lég. 14 oct. 1940, et Oct-Déc.
1941

Courbes d'éthylémie. Action de l'alcool
alcool et accidents, détection biochi-
mique

Soc.Méd.Paris 22 janv. 1954

R. YOURAS

Les méthodes respiratoires d'évalua-
tion d'imprégnation éthylique. Leur
application aux accidents de la circu-
lation d'origine alcoolique.

Thèse de Strasbourg, 1952

Ann.Méd.Lég. XXXIII pages 296-301 1953

TABLE DES MATIERES

--

	Pages
I.- Introduction	13
II.- Responsabilité de l'alcoolisme en médecine légale	19
III.- Métabolisme de l'alcool éthyli- que	27
IV.- Le dosage de l'alcoolémie	31
V.- Alcoolisme biochimique et alcoo- lisme clinique	34
VI.- Participation du Corps Médical à l'élaboration de la législa- tion tendant à réprimer l'alcoo- lisme.	40
VII.- Répression de l'ivresse au volant Historique - Législation actuel- le - Lacunes	45
VIII.- Conclusions	53
IX.- Bibliographie	55
X.- Table des Matières	59

--

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

